

**社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)**

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
		生年月日	
住所	電話番号		
備考			
藤枝市長宛			
前のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。			
年月日			
住所			
申請者 氏名	電話番号		

		氏名	生年月日	受給者との関係	生計中心者に○を つけてください。
	世帯主				
世帯構成	世帯員				

市記入欄

交付年月日	備考
年月日	
適用年月日	
年月日 から	
有効期限	
年月日	

年　月　日

藤枝市長宛

住 所
申請者
氏 名

収入・資産等申告書

次のとおり、私及び世帯員の収入、資産を申告します。

1 本人、世帯員の前年中の収入について

氏名	給与収入	年金収入	その他収入
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円

※ 年金収入は、恩給、障害年金、遺族年金等すべての年金の金額を含みます。

※ その他収入は、仕送りなど定期的に収入される金額を記載してください。

2 居住用の土地・建物等以外に“収入を補うことができる資産”の有無とその評価額について

区分	活用できる資産	評価額(年月日現在)
土地	有・無	円
建物	有・無	円
その他	有・無	円

3 本人、世帯員の預貯金、有価証券、所持金の額について(年月日現在)

氏名	預貯金額	有価証券の額	所持金額
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円

4 負担できる親族に現在、扶養されていますか。(該当する方に○をつけてください。)

① 医療保険の被扶養者になっている。	② 市民税扶養控除対象者になっている。
はい・いいえ	はい・いいえ

－添付書類－

- ① 1について、年金収入があるときは、公的年金等源泉徴収票または年金支払い通知書
- ② 3について、預貯金通帳の写し、有価証券の額面がわかるもの
- ③ 4について、医療保険の被扶養者でないことがわかるもの

<軽減対象者要件>

- ・単身世帯で収入150万円、世帯員1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること。
- ・単身世帯で預貯金が350万円、世帯員1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。
- ・居住用資産以外に活用できる資産を所有していないこと。
- ・負担できる親族に扶養されていないこと。
- ・介護保険料を滞納していないこと。
- ・市民税非課税世帯であること。